

Fístula cutánea: un caso clínico

Cutaneous fistula: a case report

Presentado: 10 de noviembre de 2015

Aceptado: 11 de marzo de 2016

Santiago Frajlich

Cátedra de Endodoncia II, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Odontología, Universidad del Salvador / Asociación Odontológica Argentina

Resumen

Objetivo: Diagnosticar y tratar la presencia de una fístula cutánea.

Caso clínico: Un paciente de sexo masculino, de 9 años de edad, consultó por una lesión cutánea en la zona mandibular del lado izquierdo.

Conclusiones: Una fístula cutánea requiere de un diagnóstico diferencial preciso, a fin de determinar su etiología

y planificar el procedimiento endodóntico correcto. Como consecuencia de una mortificación pulpar, la presencia de bacterias dentro del conducto radicular puede generar una periodontitis perirradicular crónica de origen endodóntico.

Palabras clave: Drenaje, fístula, hidróxido de calcio, tratamiento inductor.

Abstract

Aim: *Diagnosis and treatment of a cutaneous fistula.*

Case report: *A 9 years old male patient presented a skin lesion in the left mandibular area.*

Conclusions: *The presence of a cutaneous fistula requires precise and correct differential diagnostic to determine its etio-*

logy and establish a correct treatment procedure. Due to a pulp mortification, the presence of bacteria in the root canal can cause a chronic periradicular periodontitis of endodontic origin.

Key words: *Calcium hydroxide, drainage, fistula, inducing treatment.*

Introducción

Como consecuencia de una mortificación pulpar, la infección microbiana presente en el sistema de conductos radiculares puede generar una periodontitis perirradicular crónica de origen endodóntico.

En algunas circunstancias, la infección microbiana puede producir reabsorción ósea y, eventualmente, material purulento que intenta drenar al exterior a través de la vía de menor resistencia, desarrollando una fístula dentoalveolar.¹⁻³

La fístula dentoalveolar es un camino que el propio organismo elabora para permitir la salida de pus hacia el medio externo y así posibilitar el drenaje de un absceso. Puede hacerlo atravesando el hueso, el periostio y la mucosa, en el paladar, por vestibular de la pieza dentaria o por medio del ligamento periodontal.

La fístula, en la búsqueda de zonas de menor resistencia, puede además invadir cavidades anatómicas como los senos maxilares, las fosas nasales y, finalmente, drenar a través de la piel, configurando una fístula cutánea.

En general, estos cuadros son asintomáticos, no presentan edema, y su ubicación depende de la pieza dentaria que la origina, como así también de las relaciones anatómicas y las inserciones musculares.⁴

Con frecuencia, las fístulas cutáneas son erróneamente diagnosticadas como una lesión de origen dermatológico, lo cual lleva a tratamientos incorrectos. Es preciso diferenciarlas de otras patologías como forúnculos, osteomielitis, actinomicosis, tuberculosis, carcinoma basocelular y fístula periauricular.⁵

Cantatore *et al.*⁶ afirman que la mitad de los pacientes que presentan fístula cutánea han sido sometidos a tratamientos dermatológicos, cirugías extraorales o prolongados suministros de antibióticos antes de abordar a un correcto diagnóstico.

Caso clínico

Un niño de 9 años de edad concurrió a la consulta –acompañado de su madre– por una lesión cutánea en la zona mandibular del lado izquierdo. La información que suministraron sobre su estado de salud no sugirió ninguna patología general, aunque señalaron que el niño fue medicado con diferentes antibióticos de forma prolongada debido a dicha afección cutánea.

El paciente refirió que la lesión apareció hacía aproximadamente un mes y que su tamaño fue aumentando. En el momento de la consulta, no presentaba dolor, y se observaba una lesión de forma circular, de unos 2 cm de diámetro, tipo eritomatosa, de color rosado y con cierto relieve. A su alrededor se detectó un ligero edema. No se verificó salida de material purulento (fig. 1). El niño manifestó cierta molestia a la palpación en la zona que rodeaba la lesión.

Se intentó realizar el cateterismo del trayecto fistuloso mediante un cono de gutapercha, con resultado negativo.

Durante la inspección intraoral no se observaron lesiones en los tejidos blandos.

Se comprobó la presencia de una restauración oclusal rodeada de abundante tejido cariado en el primer molar inferior izquierdo, al que se le realizó una prueba de vitalidad pulpar, con resultado negativo. La imagen radiográfica de dicha pieza dentaria mostró una extensa cavidad de caries e imágenes radiolúcidas periapicales en ambas raíces. Se verificó, además, un desarrollo radicular incompleto con los forámenes amplios (fig. 2).



Figura 1. Se observa la presencia de una fístula cutánea en la zona mandibular del lado izquierdo.



Figura 2. Imagen radiográfica del primer molar inferior izquierdo en la que se comprueba el desarrollo radicular incompleto, e imágenes radiolúcidas periapicales.

El examen clínico-radiográfico permitió diagnosticar absceso alveolar crónico con fístula cutánea dentoalveolar originado en el primer molar inferior izquierdo. Se decidió tratar endodónticamente el molar.

Una vez suministrada la anestesia troncular, se realizó el aislamiento absoluto del campo operatorio. A continuación, se eliminaron la restauración coronaria y el tejido cariado. Los conductos radiculares fueron instrumentados mecánicamente con el Sistema HyFlex (Coltène/Whaledent, Suiza) a 500 rpm de velocidad y 2,6 Ncm de torque, irrigando a cada cambio de instrumento con hipoclorito de sodio al 2,5%.

Dada la amplitud de los conductos radiculares, la instrumentación rotatoria se complementó con la instrumentación manual con limas Hedström (Dentsply/Maillefer, Ballaigues, Suiza) hasta el #40.

Posteriormente, se llenaron los conductos radiculares con hidróxido de calcio (Dikinson, Argentina) mezclado con agua destilada. Finalmente, se colocó una restauración coronaria de ionómero de vidrio. El hidróxido de calcio se llevó al conducto radicular con un espiral de lentulo (Dentsply-Maillefer) (fig. 3).

Se realizaron controles clínicos-radiográficos a la semana, y a los 30 y los 90 días, en los que se verificó la cicatrización de la fístula cutánea y la persistencia en la piel de una zona ligeramente enrojecida (fig. 4). Radiográficamente, se observó una normalización de los tejidos perirradiculares.

En esta sesión se renovó la obturación con hidróxido de calcio.

Cumplidos 7 meses, el molar se encontraba asintomático, con normalidad total de los tejidos en la zona de la fístula cutánea.